FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

NÉE 1919

THÈSE

N° _

POUR

E DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis MALET

Né à Tours le 30 août 1887

Ancien interne provisoire des Hôpitaux de Paris

ÉBILITÉ GASTRIQUE

ET

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES

DE LA GROSSESSE

Président : M. PAUL BAR, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LERI	RICHAUD
BRANCA	JOUSSET (A.)	LOEPER	ROUSSY
CAMUS	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TANON
DESMAREST	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GREGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUILLAIN			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON COUSIN J. YGOUF

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE TOURS

1907-1909

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Externat 1909-1912

M. le Docteur P. CLAISSE, médecin de l'Hôpital Laënnec.

M. le Docteur P. LEREBOULLET, professeur agrégé, médecin de l'Hôpital Laënnec.

M. le Docteur SAVARIAUD, chirurgien de l'Hôpital Baujon.

M. le Docteur Ed. ENRIQUEZ, médecin de l'Hôpital de la Pitié.

Internat provisoire 1912-1914

M. le Professeur RECLUS, chirurgien de l'Hôtel-Dieu (in memoriam).

M. le Docteur Ed. ENRIQUEZ, médecin de l'Hôpital de la Pitié.

M. le Docteur BERGÉ, médecin de l'Hôpital Broussais.

M. le Docteur GUILLAIN, professeur agrégé, médecin de l'Hospice Debrousse.

M. le Docteur GUILLEMOT, médecin de l'Hôpital Trousseau.

1918-1919

M. le Docteur BRINDEAU, professeur agrégé, accoucheur de l'Hôpital de la Pitié.

M. le Docteur THIBIERGE, médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

M. le Docteur VARIOT, médecin de l'Hospice des Enfants assistés.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

DÉBILITÉ GASTRIQUE

ET

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES

DE LA GROSSESSE

INTRODUCTION

Rappelé des armées en janvier 1919 dans le service de M. le Docteur Brindeau il nous a été donné de voir beaucoup et de retenir un peu. Le souvenir des cinq années de guerre ne tarda pas à s'effacer dans ce même hôpital où nous nous étions formés à la médecine auprès de notre affectionné maître le Docteur Enriquez et où nous retrouvions le même sympathique accueil. Profitant des leçons reçues dans les deux services de la Pitié à des années de distance, nous nous sommes attaché à l'étude des vomissements graves de la grossesse, nous efforçant de saisir la part qui revenait à l'état de grossesse et celle qu'on pourrait imputer à l'état gastrique antérieur de la femme.

42,15 o/o des femmes enceintes vomissent, écrit Gerst. Les vomissements simples sont la règle, les

vomissements graves l'exception. Mais graves ou simples ces vomissements ont une pathogénie complexe. C'est cette pathogénie que nous essaierons de débrouiller au cours de ce travail. Nous tâcherons de le faire avec méthode — sans passion, ni emballement, persuadés que tous les auteurs ont dit à ce sujet des choses justes et n'ont commis des erreurs que lorsqu'ils ont cru posséder, eux seuls, la vérité.

SÉMÉIOLOGIE

Autant les vomissements simples sont fréquents, autant les vomissements graves sont exceptionnels. Dans une grande Maternité on en voit deux à trois par année, à peine. Il a fallu, pour que nous puissions étudier la question, que M. le Docteur Brindeau demande pour nous dans les différentes Maternités de Paris l'autorisation de faire des recherches.

Les vomissements simples eux au contraire sont si répandus qu'ils constituent un des bons signes de la grossesse au début. Ils vont de la simple nausée au vomissement alimentaire.

La nausée survient le matin à jeun ; on la voit apparaître à la fin du premier mois pour cesser au quatrième environ. Une recrudescence a lieu quelquefois à la fin de la grossesse.

Les vomissements alimentaires surviennent immédiatement après le repas, sans grands efforts ; il est classique de dire qu'ils cessent au moment où la femme perçoit les premiers mouvements actifs du fœtus.

Les primipares seraient plus facilement sujettes aux vomissements ; encore Tarnier le contestait.

Leur pronostic n'est pas grave ; la santé générale n'est pas altérée. Ce n'est pas d'eux que nous voulons parler mais des vomissements graves dit incoercibles.

Les vomissements graves constituent une maladie de premier plan ; leur symptomatologie domine la grossesse, créant un état sérieux qui commande un examen approfondi et une ligne de conduite bien déterminée.

Mauriceau et Lamothe au XVIII[e] siècle les ont bien décrits mais il faut arriver à Paul Dubois en 1852 pour avoir un exposé détaillé de la question.

C'est à lui que nous devons la classique division en trois périodes, trop schématique évidemment, mais vraie et commode dans l'ensemble.

Première période. — On est au début de la grossesse, vers la fin de la sixième semaine. Il y a eu déjà quelques vomissements bénins ou quelques nausées, mais rien d'alarmant encore. On ne tarde pas à voir dans la répétition des vomissements, leur importance, les efforts dont ils s'accompagnent, les signes évidents de la gravité qui s'annonce. Les traits se tirent, le visage pâlit, l'amaigrissement se fait rapide et sensible et pendant ce temps la grossesse évolue. Les vomissements deviennent subintrants, revêtent l'aspect de crises gastriques ; un ptyalisme considérable s'établit, un syndrome urinaire se crée sur lequel nous reviendrons.

Deuxième période. — C'est l'accélération du pouls qui la caractérise. Le pouls bat à 100, 120, et s'y

maintient. La température par contre monte exceptionnellement et Dubois exagérait nettement en dénommant période fébrile cette seconde période où les 38 sont rares. Les vomissements succèdent aux vomissements d'une façon subintrante ; le moindre essai d'alimentation déchaîne une crise gastrique. La dénutrition, la cachexie s'installent avec leur cortège classique de signes généraux : la teinte pâle, les traits tirés, les gencives saignantes, les lèvres fuligineuses, la langue sèche, l'haleine fétide, les urines rares, foncées, albumineuses, modifiées chimiquement dans leurs rapports, les signes nerveux au rang desquels les syncopes répétées, voire même les polynévrites tiennent une place importante. Le ventre devient sensible à la pression. La malade, confinée au lit, maigrit à vue d'œil, perdant 500 grammes par jour pendant cette seconde période qui dure au grand maximum de quinze à vingt jours.

Troisième période. — C'est la période des troubles nerveux, du délire, des hallucinations. La dyspnée augmente rapidement et le pouls atteint 140 et plus à la minute. La pression artérielle baisse, l'urine devient de plus en plus rare. Parfois les vomissements se calment dans les derniers jours, mais loin d'être une amélioration c'est une manifestation de la faiblesse. On peut voir survenir un ictère plus ou moins prononcé, voire même un ictère grave, des névrites, des paralysies. Cette troisième période dure un maximum de trois à six jours et se termine immédiatement par la mort.

Cette description, comme on le voit, est schématique, mais elle est commode et, dans son ensemble, elle est juste.

Ces vomissements graves, avons-nous dit, sont rares et nous avons pu nous en rendre compte dans le service de M. le Dr Brindeau où en dix mois nous n'en avons vu que 2 cas dont un mérite à peine d'être rangé parmi les vomissements graves. Les classiques disent qu'on trouve 1 cas pour 100 grossesses, mais ces chiffres sont des moyennes d'hôpital manifestement trop élevées. Pick (clinique de Schauta) donnait 23 cas sur 30.600 grossesses ; la Frauenklinick de Tubingen donnait 20 cas sur 2.500 grossesses. Les statisticiens allemands si prétentieux arrivent comme on le voit à des chiffres disparates. Contentons-nous de dire que c'est une affection exceptionnelle.

PRONOSTIC

La guérison pour les classiques est possible à la première période, rare à la seconde, impossible à la troisième. Mais les auteurs se sont efforcés de rechercher dans la symptomatologie l'indice de gravité qui deviendrait le guide sûr de la conduite à tenir. Tour à tour, le pouls, le syndrome urinaire, l'amaigrissement, l'état du sang ont été donnés comme des critériums de base.

Pinard au Congrès de Rome en 1902 donnait comme une règle inéluctable d'intervenir dès que le *pouls* dépassait 100 et se maintenait plusieurs jours à ce taux. Potocki a guéri des malades dont le pouls s'était maintenu à 120 et qui avaient de l'hypotension artérielle ; il est d'avis qu'il faut tenir compte de l'état habituel normal du pouls chez la femme.

Il est évident qu'un *amaigrissement* considérable est un élément de pronostic sévère ; il en est de même de l'*ictère* ; pourtant il n'y a pas de conclusion absolue à en tirer.

Le *syndrome urinaire* a semblé un instant devoir donner la clef du problème. La quantité d'urines éliminée en vingt-quatre heures est un élément de

pronostic insuffisant. Si l'anurie est très grave, l'élimination de 500 à 600 grammes d'urines n'est pas une garantie de survie.

En 1912 à la Société d'Obstétrique de Paris, M. Le Lorier exposa qu'à son sens l'acétonurie apparaissant dans les urines indiquait le moment où les vomissements devenaient graves. M. Lequeux a voulu fonder le pronostic sur le degré d'abaissement du pouvoir glycolytique. On doit, pour cet auteur, interrompre la grossesse quand le pouvoir glycolytique atteint 1 gramme par kilogramme. Mais M. Fieux estime que le pouvoir glycolytique atteint ces taux-là dans tous les cas de dénutrition intense.

Devraigne voit dans la *polyglobulie* consécutive à une déshydratation de l'organisme un élément de pronostic grave; il nous semble qu'il y ait là seulement un signe de plus qui se rencontre dans tous les amaigrissements.

En résumé, s'il y a des signes évidents de gravité que personne ne songerait à nier, il n'y en a aucun de suffisamment certain pour permettre d'une façon précoce l'avortement provoqué.

DIAGNOSTIC

Tous les vomissements graves qui surviennent chez la femme enceinte ne sont pas des vomissements gravidiques, c'est-à-dire « sous la condition de la grossesse » ; des états pathologiques concomitants peuvent en être la cause. Il s'agit par exemple d'une infection grippale ou typhique avec élévation de la température ; de troubles urinaires avec présence d'albuminurie ou de pus dans les urines ; d'urémie ; du début d'une occlusion intestinale (Andérodias, 1912) ; d'appendicite (Delagenière, 1916) ; des coliques hépatiques, de cholécystite ; de crises gastriques du tabès (Dufour) ; de tumeur cérébrale ; enfin et surtout de troubles gastriques graves : ulcus-cancer. Tous ces vomissements sont étrangers à la question qui nous préoccupe ; nous verrons cependant qu'une lésion gastrique beaucoup plus minime et incapable par elle-même d'amener le vomissement, le provoque sous l'influence de la grossesse ; ce sera pour nous une cause, et non des moindres, des vomissements graves de la grossesse, et nous sommes loin d'écarter toute lésion gastrique du cadre qui nous retient.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

« Les lésions constatées à l'autopsie, écrit M. Chambrelent, n'ont rien de constant. On a cependant signalé dans quelques cas des lésions manifestes du système nerveux périphérique. Dans un cas publié par Soleview on constata à l'autopsie une dégénérescence caractéristique des principaux troncs nerveux.

« On a signalé également des lésions au niveau de l'estomac, du foie, du péritoine mais ces faits sont trop exceptionnels pour qu'on puisse y rattacher la cause des vomissements incoercibles. Il en est de même des lésions utérines et péri-utérines qui ont été signalées dans un certain nombre de cas. M. Bar a observé dans un cas une dégénérescence graisseuse du foie dont le poids était énorme. »

M. Beloux dans sa thèse relate d'étranges trouvailles d'autopsie : broncho-pneumonie — pleurésie purulente. Il rappelle le cas de Champetier de Ribes et Bouffe de Saint-Blaise (1901) où il y avait des lésions de néphrite aiguë et des altérations du foie qui présentait un aspect blanchâtre avec des îlots jaunâtres. Mettay (*in* thèse de 1904) a trouvé au

niveau du foie des hémorragies sous-glissoniennes et au niveau du rein des lésions de néphrite aiguë, constatation intéressante par ce fait qu'elle nous rapproche des lésions de l'éclampsie.

Dans 5 cas de vomissements incoercibles terminés par la mort dans le service du Professeur Couvelaire, M. Lacourbas (*in* thèse de Paris 1919) a trouvé constamment coexistence de lésions du corps jaune.

Mais dans l'ensemble aucune loi ne se dégage des relations d'autopsies. Il n'y a pas une lésion constante d'un organe qui peut être incriminée.

PATHOGÉNIE

L'importance de cette question est considérable, non seulement au point de vue théorique mais surtout au point du vue thérapeutique. Depuis longtemps on a cherché à pénétrer la cause intime du vomissement et bien des fois on a cru l'avoir trouvée car les traitements soi-disant pathogéniques qu'on en faisait dériver guérissaient un certain nombre de malades. Mais ils échouaient devant des cas rebelles dont la véritable nature était méconnue. En lisant les travaux faits sur la question, nous avons été frappés de l'intransigeance et de l'exclusivisme des auteurs qui ayant trouvé au chevet d'une malade un élément causal cessaient à tout jamais d'en admettre un autre et devenaient de farouches défenseurs de l'idée qu'ils croyaient unique. La partie était belle à qui venait ensuite et trouvait leur pathogénie en défaut. Ce qui n'empêche que chemin faisant de très belles notions venaient enrichir nos connaissances. Loin de battre en brèche telle ou telle doctrine nous avons pensé que la vérité était dans l'éclectisme et que ceux qui viendraient apporteraient utilement leur contribution à la question sans pour cela en saper le fondement.

Une notion nous a semblé capitale : la distinction du terrain et de l'élément gravidité. Nous diviserons notre chapitre pathogénique suivant cette conception.

ETAT GRAVIDIQUE

Un premier fait établi et admis par tout le monde c'est que la grossesse est la cause déterminante des vomissements, que ceux-ci apparaissent avec elle et cessent lorsqu'elle est interrompue. Mais il est plus difficile de savoir comment agit la grossesse et c'est là surtout que les opinions divergent.

Une première idée devait immédiatement venir à l'esprit ; c'était d'attribuer le vomissement de la grossesse à un *phénomène réflexe*, à point de départ utérin puisque l'utérus est l'organe qui subit le plus de modifications pendant la grossesse. Dans ces conditions il n'y avait qu'un pas à faire pour attribuer l'origine du réflexe aux nombreuses affections utérines concomitantes de la grossesse ; et l'on a incriminé la déviation de l'utérus, ses flexions, les ulcérations du col, l'inextensibilité d'un col rigide, etc... Poussant plus loin cette idée on a voulu voir dans la simple distension utérine par l'œuf l'origine du réflexe. Toutes les causes utérines ont donc été soutenues et le traitement pathogénique qui en découlait a donné parfois des résultats satisfaisants.

On a recherché l'origine du réflexe dans les

organes abdominaux à distance de l'utérus et MM. Walther et Delagenière ont tout récemment encore (1916) signalés des cas guéris par appendicectomie.

Cette théorie du réflexe qui avait débuté avec Mauriceau trouve donc un regain d'actualité. Nous nous efforcerons de montrer après Leven que l'estomac lui-même est fréquemment le point de départ du réflexe et que la dyspepsie est de règle chez la femme enceinte qui vomit.

Comme les vommissements graves surviennent très souvent chez des femmes nerveuses, que d'autre part on voit ces mêmes vomissements disparaître subitement, soit à la suite d'un phénomène émotionnel soit à la suite d'un traitement dont la suggestion à l'état de veille forme la base, on a pensé que *l'hystérie* en était le primum movens. Cette opinion a été soutenue en France par Doleris, à l'étranger par Kalteubach qui en font une manifestation de l'hystérie, et par Ahlfeld qui en fait une névrose. Vinay d'après cette conception définit ces vomissements de la façon suivante : « c'est une névrose fonctionnelle qui se caractérise par une excitabilité anormale des réflexes et qui est vraisemblablement de nature hystérique. » Ces auteurs ont été frappés de ces faits que telle femme vomit au cours d'une première gestation, ne vomit pas pendant la seconde et vomit à nouveau au cours de la troisième. En 1913 Beloux résumant des travaux faits dans le service de M. Potocki à la Pitié se range hardiment à cette con-

ception. Et il cite toute une série de vomissements graves guéris comme le seraient des crises gastriques névropathiques. Si troublants que soient ces faits, M. Fieux dans son rapport sur la pathogénie et le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse, présenté au Congrès de Toulouse en 1910 a fait de cette théorie une critique serrée et a pu démontrer que « dans l'immense majorité des cas l'hystérie telle du moins qu'on la comprend aujourd'hui doit être nettement écartée en tant que cause originelle ». Les arguments qu'il apportait semblaient inattaquables. « Nombreuses sont, disait-il, les femmes qui n'ont jamais eu avant leur grossesse et n'auront jamais après d'accidents hystériques et qui cependant vomissent une fois enceintes ; d'autre part, chez les femmes hystériques, les vomissements ne sont jamais d'une gravité extrême, ils durent longtemps mais ne sont que partiels et les malades conservent un bon état général ce qui n'arrive pas dans les vomissements gravidiques à marche progressive qui peuvent se terminer par la mort ». M. Gueniot n'était-il pas allé plus loin dans cette voie quand il prétendait distinguer deux sortes de vomissements graves pendant la grossesse. « Les faits de vomissements incoercibles, écrit-il en 1913 dans *Paris-Médical*, ne relèvent pas tous d'une affection unique et de nature toujours identique, ils comprennent en réalité deux ordres de faits : des vomissements d'origine toxique et des vomissements d'origine névropatique. » Il est facile de répondre que semblable distinction est

impossible au lit de la malade et que nombre de vomissements présentant au grand complet le syndrome classique ont guéri par la psychothérapie.

Quoi qu'il en soit la thèse de *l'intoxication* avait affirmé à Toulouse une vogue qui n'a fait que s'accroître.

Unissant dans une harmonie parfaite les vomissements simples et les vomissements graves, y rattachant tout l'éclampsisme et son cortège d'accidents, elle méritait de rallier d'illustres suffrages.

« Le vomissement dit M. Pinard, est le cri de l'organisme qui commence à être empoisonné. » Dans les cas graves coexistent d'autres symptômes de l'intoxication qui sont en même temps des signes pronostiques commandant d'intervenir : 1° la *tachycardie* ; 2° le *ptyalisme* ; 3° les *modifications des urines :* oligurie ; diminution habituelle de l'urée, des phosphates, des chlorures ; rapport des chlorures à l'urée très faible (Meillère) ; augmentation de l'azote excrétée sous forme d'ammoniaque ; apparition de substances anormales : albumine habituellement peu abondante, urobiline, acétone et corps acétoniques indican, pigments biliaires, sels biliaires ; 4° *des complications :* ictère banal, ictère grave, polynévrites.

Si beaucoup de médecins se sont ralliés à cette cause tous ne sont pas d'accord sur l'origine de l'intoxication.

Le poison naît-il dans *l'intestin* de la mère et est-il en rapport avec la *constipation opiniâtre* (Dirmo-

ser) ? Naît-il dans l'embryon (Theilhaber *: intoxication par les urines du fœtus*) ? Est-il dû à la *suppression d'une sécrétion* se faisant normalement au niveau de *l'ovaire* (Turenne) et plus particulièrement au niveau du *corps jaune* (Fraenkel-Willemin) ou d'une sécrétion se produisant au niveau même du *placenta* (Dempin) ? Le poison agit-il directement sur l'organisme, ou modifie-t-il la sécrétion de certains organes comme le *foie*, les *reins*, le *pancréas* (Graefenberg-Becker-Schirokaner)les *surrénales* (Sergent et Lian, Marchionneschi 1917). S'agit-il d'une *intoxication acide ?* (Mac Noël 1917, Saint-Louis, Cornwall 1915) l'augmentation du coefficient ammoniacal dans l'urine étant l'expression de la réaction défensive de l'organisme.

Toutes ces questions ont été successivement posées et ont donné lieu aux différentes formes de la théorie toxique. Ainsi sont nés divers traitements tels que l'hyperpurgation (Forgues d'Etampes), l'administration de poudre d'ovaire, d'ocréine, d'extrait de corps jaune (Devraigne-Lacourbas 1919), d'adrénaline, traitements ayant donné des résultats très inégaux, et surtout l'avortement provoqué.

Nous ne discuterons pas une à une toutes ces théories nous nous bornerons à développer un peu les plus couramment admises.

Pinard avait voulu appliquer aux vomissements de la grossesse la théorie de l'auto-intoxication gravidique par insuffisance hépatique avec laquelle il avait expliqué divers accidents des derniers mois de

la gestation qui ont comme aboutissant les convulsions éclamptiques. Mais tout sépare la toxémie du début de la grossesse de la toxémie de la fin : l'examen clinique, l'étude détaillée des symptômes et même les constatations anatomo-pathologiques.

On a incriminé dans ces dernières années une production de la grossesse encore assez peu connue malgré les études dont elle a été l'objet : le corps jaune. Celui-ci s'accroît, arrive à maturité puis disparaît évoluant parallèlement à la grossesse et atteignant son développement maximum au moment où sont aussi au maximum les troubles du début et notamment les vomissements. Les résultats thérapeutiques obtenus par les préparations opothérapiques ont été très inégaux. Hirst en 1916 et 1917, à Saint-Louis, Cummins en 1919 à El-Paso, Steinborn en 1917 à Strasbourg rapportèrent des cas heureux et tout recemment en juillet 1919 un élève de M. Devraigne résumait une série de succès obtenus par ce moyen.

M. Chauffard et ses élèves expliquent les succès par la production intense que le corps jaune aussi bien que les capsules surrénales font de cholestérine au cours de la gestation ; l'hypercholestérinémie est un fait constant et elle se termine au moment de l'accouchement. Or nous savons que la cholestérine apparaît dans le sérum toutes les fois que l'organisme a besoin de réagir contre une infection ou une intoxication. Si le corps jaune ou les surrénales sont impuissants à fabriquer le lipoïpe, des accidents d'intoxications font leur apparition ; par contre si la

production en est excessive on voit apparaître du xanthélasma, de la rétinite gravidique, de la lithiase biliaire.

La conception déjà très belle d'un organe intermittent fabriquant un antitoxine implique tout naturellement l'idée d'un autre organe élaborant la toxine. C'est cette idée que comporte la conception de la villotoxémie.

C'est d'Allemagne, avant la guerre, que nous est venue, avec Veit, Liepmann, Wormser, Behm, Kœnig, Potens, la notion de la villoloxémie. C'est l'œuf lui-même qui serait en cause, l'œuf avec ses cellules syncitiales si actives, ses villosités jeunes, si abondantes dans les trois premiers mois, villosités dont l'étendue décroît justement au moment où les phénomènes toxiques du début de la gestation diminuent eux aussi. L'œuf se grefferait sur l'organisme maternel comme un organisme parasite et le premier réagirait à son tour pour se défendre, mais la défense se trouverait parfois insuffisante et il en résulterait dès le début de la grossesse des troubles dont le plus grave est le vomissement incoercible.

Fieux et Le Lorier acceptèrent d'emblée cette théorie qui s'accorde avec la cessation des vomissements à la suite de l'expulsion ou de l'extraction de l'œuf, ou même simplement à la suite de la mort du fœtus *in utero*.

Cette théorie se fit encore plus belle quand il fut permis d'espérer qu'on en aurait un jour la preuve tangible. Potens constata, en effet, avec une grande

régularité, dans le sang de la mère des cellules de la périphérie de l'œuf provenant surtout du revêtement épithélial des villosités. D'après lui les vomissements sont la conséquence d'une intoxication sanguine très vraisemblablement d'origine syncitiale (*in* thèse de Metten, 1904, Paris).

Abderhalden, en 1911, révèle dans le sang de la mère l'existence d'un ferment de défense destiné à désintégrer une albumine étrangère provenant du placenta. M. Guéniot adopte la théorie de l'œuf, albumine étrangère suscitant la production d'anticorps dans l'organisme de la mère.

Fieux et Mauriac ont pu, en employant comme antigènes des extraits placentaires jeunes, montrer l'existence dans le sang de la mère d'un anticorps spécifique de la villosité choriale jeune (1910). La présence de cet anticorps permettait d'établir un sérodiagnostic de la grossesse. D'autres auteurs avaient obtenu des résultats soit négatifs, soit peu probants (Chirié et Bauvy, Société de Biologie, 1907 ; Bar et Daunay, 1912). Fieux et Mauriac, reprenant leurs expériences, publièrent en mai 1912 les résultats de leurs recherches : la séroréaction n'a donné des résultats incomplets que dans 4 cas sur 33 ; dans 6 elle a permis de faire le diagnostic entre un avortement en partie fait et des menaces d'avortement.

Ces recherches du laboratoire permirent d'espérer puis d'établir un traitement spécifique des vomissements incoercibles : l'injection d'un sérum riche en anticorps : celui d'une femme enceinte au voisinage

du terme, ne présentant aucun trouble d'intoxication gravidique. Le Lorier, en juillet 1911, présenta à l'Académie de Médecine une guérison par le traitement sérothérapique. Fieux et Dantin, l'année suivante, communiquaient à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris un autre succès. Puis vinrent Austin, en 1914, Curtiss à Chicago en 1914 ; Spies à Bruxelles en 1914 et Vianney à Paris à la même époque. MM. Bar et Ecalle, rapporteurs au Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique tenu à Bruxelles en septembre 1919, ont passé en revue les réactions provoquées dans un organisme par l'irruption de substances étrangères d'origine fœtale, ou, plus exactement, secrétées par le placenta. Tour à tour, les réactions dites spécifiques : la méthode de la déviation du complément, la méthode de la dialyse d'Abderhalden et la méthode toute récente des intra-dermoréactions et les réactions d'ordre général, aussi bien celle fondée sur l'augmentation du pouvoir antitryptique que celle dite du venin de cobra, ont été examinées et discutées. Ces difficiles recherches ont apparu bien imparfaites et hors de proportion avec l'effort qu'elles ont nécessité.

Il semble donc qu'aucun fait nouveau n'est apparu qui soit de nature à désarmer les partisans des théories nerveuse et réflexe. En somme, après la guerre, chacun reste sur ses positions et c'est cela qui nous fortifie dans notre opinion que la vérité réside dans l'éclectisme.

Les auteurs ont borné leur étude étiologique et

pathogénique à l'examen de l'état gravidique et des modifications humorales qu'il entraîne. C'est un point capital qui nous semble bien difficilement contestable à l'heure actuelle. Mais, poussant exagérément leur doctrine, les mêmes auteurs ont tenu pour nulle l'état de réceptivité du sujet. Je sais bien que M. Doléris et les partisans de l'origine névropathique se sont appuyés sur l'élément terrain, mais c'est en niant la cause occasionnelle à peu près intégralement, et certains d'entre eux rapprochèrent les vomissements incoercibles de la grossesse des crises gastriques que Nordman et Goiffon signalaient encore récemment chez de jeunes soldats. C'est là une exagération, mais il n'en reste pas moins que leurs recherches ont bien mis en lumière la part considérable de la névrose surajoutée au syndrome émétique déclanché par l'auto-intoxication.

Du côté de la femme, il nous semble qu'on a négligé plus encore et qu'on a même contesté délibérément le rôle de l'état gastrique antérieur, ou acquis sous l'influence des modifications humorales de la grossesse. M. Andérodias (*Journal méd. français*, 1912) écrivit « qu'il n'existe la plupart du temps chez ces malades aucune modification du chimisme gastrique et qu'on a plutôt affaire à des troubles nerveux qui résultent d'une intoxication et qui ont une répercussion sur la musculature de l'estomac ». C'est une opinion que nous contesterons et nous montrerons le compte qu'il faut tenir de ce que nous appellerons la *débilité gastrique*.

Groupant dans une vue d'ensemble la part qu'apporte la femme à l'élaboration du syndrome, nous exposerons dans un chapitre consacré à l'étude du terrain : 1° l'association de la névrose à l'état gravidique ; 2° l'association de la débilité gastrique à l'état gravidique.

TERRAIN

I. — Pithiatisme. — Hystéroréflexe Hystérotoxémie

A ceux qui s'étonnent de la fréquence de l'hystérie, nous répondrons avec Babinski que « c'est incontestablement une des affections les plus répandues et qu'il est bien peu d'individus qui, dans de certaines circonstances, sous l'influence de causes occasionnelles plus ou moins actives, ne puissent en subir les atteintes ».

La participation de l'élément névropathique pourrait être donnée comme un exemple typique d'hystéroréflexe ou d'hystérotoxémie. Elle s'appuie sur des raisons solides qu'il est important de souligner à nouveau.

a) *La multiplicité des traitements actifs* bien étudiée par Doléris et ses élèves. On a guéri des vomissements graves par des injections de sérum de femme enceinte ; par le redressement de l'utérus ; par la cautérisation ou la dilatation du col ; par l'ovariotomie ; par l'appendicectomie. Les médicaments les plus divers ont donné des résultats : l'aloës, l'oxalate de cerium, la poudre de réglisse composée, le

bleu de méthylène, l'oxygène en inhalations, la cocaïne ou la morphine à doses minimes, le chloral, le menthol, l'extrait de cannabis indica, la résorcine, l'hydrastis canadensis, l'adrénaline, l'hypophysine, le sérum d'homme, le sérum de cheval, les douches, la glace sur la colonne vertébrale, l'électrothérapie, etc.

b) *L'action efficace des traitements névropathiques classiques.* — L'action de la persuasion a donné d'excellents résultats à M. Potocki. Les vomissements ont cessé chez des femmes qu'il persuadait de n'être pas enceintes ou auxquelles il avait fait un simulacre d'avortement. L'isolement ou la seule menace de l'isolement a guéri des malades de Klein, et nous-mêmes avons vu M. Brindeau guérir ainsi très rapidement une malade de son service.

De là à arguer de l'inanition pour expliquer les modifications des urines et l'accélération du pouls, il y a loin. A toute tentative de généralisation outrancière des objections nombreuses s'opposent aisément. Certaines malades continuent de vomir le premier temps de l'avortement étant effectué et leurs vomissements ne cessent qu'avec le curetage. Varnier provoque en vain un avortement chez une malade dont l'expulsion d'un second œuf amène la guérison. Enfin la névrite ne s'explique guère que par une intoxication, etc.

Les faits d'observation courante cadrent bien mieux avec les syndromes associés, tels que l'hystéro-réflexe et l'hystérotoxémie que MM. Babinski et Fro-

ment ont exposés à propos des blessures de guerre. La participation très inégale d'un facteur ou d'un autre rend compte de l'extrême polymorphisme des cas cliniques.

II. — Débilité gastrique. — Aérophagie. — Modification du chimisme. — Gastrites atténuées.

Leven, dans un article paru en 1910 dans *La Clinique*, attribuait une grande valeur aux troubles de fonctionnement de la muqueuse gastrique. Il émit l'idée que les femmes enceintes étaient des dyspeptiques et que l'état de grossesse favorisait la répétition des vomissements.

Cette idée fut submergée par les notions alors en grande faveur de l'auto-intoxication spécifique.

Nous la retrouvons cependant en 1914 dans un article paru dans la *Revue Ibero-américaine* sous la signature d'Antonio Lora Cruz. Cet auteur conclut nettement à la nécessité de l'examen du chimisme gastrique chez les malades atteintes de vomissements incoercibles de la grossesse.

Il cite deux observations de malades graves chez lesquelles il a trouvé le chimisme suivant :

	Pour 1.000
Premier malade ; Acide chlorhydrique libre....	2 gr. 60
Acide chlorhydrique combiné.	0 gr. 80
Acides de fermentation.....	0 gr. 40
Acidité totale.....	3 gr. 80

	Pour 1.000
Deuxième malade : Acide chlorhydrique libre...	1 gr. 80
Acide chlorhydrique combiné.	1 gr. 50
Acides de fermentation.....	0 gr. 30
Acidité totale.....	3 gr. 60

Rappelons qu'un chimisme normal donne :

	Pour 1.000
Acide chlorhydrique libre.....	0 gr. 50 à 0 gr. 60
Acide chlorhydrique combiné..	1 gr. 50 à 1 gr. 80
Acides de fermentation.....	Néant
Acidité totale.....	2 gr. 00 à 2 gr. 40

Dans les deux cas cités par cet auteur la guérison eut lieu par le traitement sévère de l'affection gastrique.

Nous reconnaissons bien volontiers, après l'avoir lu dans le texte même, que ce travail a été fait superficiellement. On aimerait plus de rigueur scientifique dans une théorie comme celle-là.

Il n'en est pas de même d'un travail très consciencieux exécuté dans le service de M. le Professeur Bar en 1912 par Thomas. Cet auteur, étudiant à la radioscopie les modifications apportées par l'état de grossesse à la situation des organes abdominaux, explique les vomissements même les plus graves par l'aérophagie consécutive elle-même au ptyalisme et établit le cycle suivant :

Nausées, salivation, déglutition, quantité anormale d'air dans l'estomac, distension gastrique, nausées, vomissements, salivation.

Il arrive aux conclusions suivantes :

« L'aérophagie gravidique se rencontre chez 91 o/o des femmes enceintes. Elle se manifeste au début de la grossesse. Elle est due à la sialophagie. En effet, la femme qui a des nausées a par ce simple fait de la sialorrhée et en avalant sa salive elle remplit en même temps son estomac d'air.

« En général l'aérophagie gravidique ne se manifeste par aucun grand symptôme suggestif et elle ne peut être mise en évidence que par les rayons X. On peut dire alors que c'est une aérophagie gravidique physiologique.

« Quelquefois cependant l'aérophagie gravidique peut devenir pathologique. Elle est alors en rapport avec un ptyalisme abondant et s'accompagne de vomissements. Dans certains cas ces vomissements peuvent devenir si abondants qu'on se trouve en présence de vomissements incoercibles avec toute leur symptomatologie.

« On devra songer à l'aérophagie toutes les fois qu'on se trouvera en présence de vomissements incoercibles s'accompagnant de ptyalisme car dans ce cas c'est en traitant l'aérophagie que l'on deviendra maître des vomissements. »

Nous ne prétendons pas avoir trouvé la clef de la pathogénie des vomissements incoercibles. Il nous semble qu'on a découvert un élément causal nouveau et qu'il y aurait intérêt en présence de chaque cas rencontré en clinique à suivre une marche méthodique dans l'examen des défaillances gastriques qu'on est en droit de suspecter.

Il est entendu que les lésions en question sont trop peu marquées pour être décelées par de simples examens cliniques. Il faut s'aider du laboratoire et procéder comme suit.

Technique. — La malade est complètement à jeun depuis douze heures au moins. De cette manière l'organe est au repos quand on introduit une sonde œsophagienne du modèle employé couramment pour les lavages de l'estomac. Cette opération sera faite avec douceur et sans effort, en évitant toute mobilisation inutile du tube parvenu dans l'estomac, quand bien même il ne permettrait pas de retirer immédiatement du liquide gastrique et quand bien même un ou deux efforts de toux demeureraient sans résultat. On introduit alors par le tube 250 à 300 centimètres cubes d'eau distillée qui amorce le syphon et ressort immédiatement. Elle est recueillie dans un *premier verre*. Souvent il arrive que l'eau ressorte parfaitement claire entraînant avec elle quelques gouttes de mucus ou de salive. Fréquemment aussi elle est rendue sale, jaune verte ou presque verte tenant en suspension des débris alimentaires. Dans le premier cas il n'est pas procédé à un nouveau lavage, dans le second au contraire on introduit une égale quantité d'eau distillée. En général l'eau de ce deuxième lavage ressort suffisamment propre pour qu'on puisse considérer la cavité gastrique comme nettoyée. S'il n'en était pas ainsi d'ailleurs on ferait un troisième lavage dans les mêmes conditions.

Dans cet estomac pratiquement propre on fait

pénétrer 250 à 300 centimètres cubes de sérum physiologique à 7 pour 1000 qu'on extrait presque immédiatement et qu'on recueille dans un *deuxième verre*.

On vide l'estomac et on retire la sonde. Il serait illusoire de donner un repas d'épreuve qui ne serait pas gardé par cet estomac intolérant ; mais il est à remarquer qu'aucun des liquides que nous avons introduits n'est maintenu un temps prolongé dans l'estomac. On peut donc très facilement pratiquer ces manœuvres chez les malades les plus intolérantes après avoir patiemment gagné leur confiance.

Le premier verre en outre de l'eau de lavage peut contenir du liquide résiduel. On note avec soin la différence entre le volume du liquide introduit et celui du liquide extrait. On effectue ensuite toutes les recherches chimiques habituellement pratiquées: recherche du sang ; recherche des acides organiques ; recherche de l'acide chlorhydrique, dosage de l'acidité totale et de l'acidité chlorhydrique en ayant soin de faire la correction que nécessite l'addition préalable d'eau en quantité connue.

Le deuxième verre ne contient que du sérum. Il est utilisé pour les examens cytologiques. Après avoir laissé déposer, de manière à ce que toutes les particules alimentaires qui se trouvent en suspension dans le liquide aient gagné le fond, on aspire avec une pipette la quantité suffisante pour remplir un des tubes à centrifuger, quantité qui doit être prise dans la partie qui surnage immédiatement le dépôt.

La surface du liquide contient en effet toujours de la salive qui viendrait fausser les résultats. Et c'est encore pour éviter cette cause d'erreur qu'avant de déposer le liquide à examiner dans le tube de centrifugation il est nécessaire de porter l'extrémité de la pipette qui le contient sous un mince filet d'eau. Le liquide est mis alors à centrifuger dix à quinze minutes. Au bout de ce temps le culot est recueilli sur deux lames, étalé puis fixé par la chaleur et l'alcool. L'une est examinée sans coloration, l'autre est colorée par l'hématéine éosine.

Cette technique qui est celle du Loeper et Binet doit tendre à un procédé de douceur ne lésant en rien la muqueuse.

En résumé, nous emportons au laboratoire le premier verre obtenu au cours de notre tubage aux fins d'examen chimique du liquide résiduel qu'il contient, et le second verre qui nous fournira le culot de centrifugation sur lequel on établira la formule cytologique.

La méthode que nous proposons pour l'examen du chimisme gastrique est celle de Tœpfer modifiée par Robin et Bournigault:

Ce procédé est basé sur le principe suivant : dans un liquide gastrique où sont mélangés plusieurs acides, la saturation est élective et se produit d'abord sur les acides les plus forts: l'HCl se sature le premier, puis les acides de fermentation et enfin l'HCl à l'état de combinaison organique.

Si en présence du réactif de Tœpfer on recherche

l'acidité à l'aide d'une solution de soude, on peut doser à la fois l'acidité totale et la valeur de chacun des acides qui la constituent.

Dans une capsule en verre on verse 5 centimètres cubes de liquide gastrique et 2 à 3 gouttes du réactif de Tœpfer. S'il y a de l'HCl libre, l'essai prend une superbe teinte rouge-groseille.

Alors à l'aide de la burette de Mohr on verse dans la capsule une liqueur décinormale de soude jusqu'à ce qu'on arrive à la teinte orange: on lit sur la division le chiffre obtenu qui donne facilement la quantité d'HCl libre contenu pour 1.000 (en multipliant le nombre de centimètres cubes employés par 0,00365, on obtient ainsi le chiffre H).

On pousse ensuite de la teinte orange ou jaune d'or et on lit la nouvelle division de la burette dont le chiffre correspond à la quantité d'acides de fermentation que l'on désigne par le terme F.

On ajoute alors une ou deux gouttes d'une solution alcoolique de phénolphtaléïne et on continue à verser la solution titrée de soude jusqu'à obtenir le rouge franc ; on lit à nouveau la division et en faisant le même calcul on obtient la valeur de l'acidité totale A.

Pour avoir la quantité d'HCl combiné on n'a qu'à retrancher H + F de A.

Rappelons que le réactif de Tœpfer a la composition suivante :

Dimethyl-amidobenzol	0 gr. 25
Alcool à 90.....	100 gr.

Nous avons rassemblé trois cas typiques :

1° Celui d'une *femme enceinte normale*, pour montrer que le chimisme et la cytologie ne sont pas modifiés et que les quelques altérations statiques de l'estomac constatées à l'écran sont silencieuses ;

2° Celui d'une *femme enceinte avec vomissements simples*, où de petites modifications du chimisme ont été rencontrées ;

3° Celui d'une *femme enceinte avec vomissements graves*, où nous avons trouvé de profondes modifications du chimisme et une formule cytologique également anormale.

OBSERVATION I

Alice F..., vingt-six ans, secondipare, sans profession, entre dans le service de M. Thiroloix à la Pitié le 5 septembre 1919. Les dernières règles remontent au 10 avril. Elle présente tous les signes d'une grossesse de quatre mois et demi en évolution normale. La première grossesse remonte à trois ans. Elle s'est passée normalement et s'est terminée par la naissance d'un garçon actuellement bien portant.

La malade est dans le service pour un zona thoracique en voie de guérison.

Le tubage pratiqué le 25 septembre suivant la technique indiquée plus haut a donné dès le premier lavage un liquide clair. Le sérum introduit dans l'estomac a été recueilli dans le second verre. Cet examen terminé nous avons donné le repas d'épreuve classique composé de 60 grammes de pain

blanc rassis et de 200 grammes de thé léger. Trois quarts d'heure après nous avons recueilli le liquide gastrique et c'est sur ce liquide que nous avons fait le chimisme qui nous a donné :

	Par 1.000
HCl libre	0 gr. 62
HCl combiné	1 gr. 85
Acides de fermentation	0 gr. 05
Acidité totale	2 gr. 52

L'examen cytologique du culot de centrifugation du liquide de lavage nous a montré quelques rares éléments pavimenteux de la bouche et de l'œsophage, quelques débris de cellules mal colorées et quelque rares microbes.

C'est en somme ce que MM. Lœper et Binet donnent comme formule cytologique normale.

L'examen radioscopique pratiqué le 27 septembre montre une chambre à air de l'estomac nettement visible, fortement éclairée, plus volumineuse que normalement. Le remplissage de l'estomac par 250 centimètres cubes de lait bismuthé ne fit que confirmer cette donnée. Il n'y a là rien d'anormal, nous avons affaire à l'aérophagie normale et bien tolérée que Thomas a montré être la règle dans toute grossesse.

Conclusion. — Cette observation nous donne un point de comparaison très net pour l'examen de l'estomac tant au laboratoire qu'à l'écran.

OBSERVATION II

Mme D..., ménagère de vingt-trois ans, entre à l'hôpital Laënnec dans le service du Dr Lereboullet le 2 octobre 1919. La grossesse daterait de deux mois et demi environ, les dernières règles étant du 10 août. La malade vomit depuis une quinzaine de jours. Elle a des crises de nerfs qui effraient la famille et font venir la malade à l'hôpital. Du côté des parents, peu de chose à noter si ce n'est le nervosisme accusé du père et des trois sœurs, dont l'une a même des crises avec perte de connaissance. Les antécédents personnels sont peu changés. La malade est mariée depuis six mois et déclare n'avoir jamais fait de fausse couche.

Les premiers malaises remontent approximativement à un mois : maux de tête, douleurs musculaires, fatigue au réveil, étourdissements. De l'anorexie survient; enfin apparaissent les vomissements. Il y a le matin au réveil un vomissement glaireux précédé d'une série de nausées très pénibles et après chaque repas un vomissement alimentaire. La malade perd l'appétit, maigrit; elle ne garde que les aliments liquides, lait, bouillon. Elle a une sialophagie abondante. On a évidemment affaire à une grande névropathique et il est décidé qu'elle sera isolée dans une petite chambre.

Nous avons pratiqué l'examen gastrique habituel et avons recueilli un abondant liquide résiduel dans le premier verre. Le liquide du second verre obtenu comme nous l'avons dit plus haut a été réservé à l'examen cytologique. Voici nos résultats.

	Par 1.000
HCl libre.....	0 gr. 80
HCl combiné.....	2 gr. 10
Acides de fermentation.....	0 gr. 01
Acidité totale	2 gr. 91

La formule cytologique est là encore à peu près normale. On trouve une quantité extrêmement abondante de cellules pavimenteuses provenant de la bouche et de l'œsophage. Ces cellules sont les unes arrondies ou polygonales, de protoplasma fortement teinté, à noyau assez riche en chromatine, groupées parfois en amas de deux ou trois éléments; ce sont des cellules œsophagiennes. Les autres sont infiniment plus volumineuses et présentent des contours géométriques; elles semblent minces, légèrement transparentes; elles se teintent en rose pâle par les réactifs et présentent un noyau remarquablement petit si on le compare au reste de l'élément. Elles sont recouvertes de microbes de tout genre (cocci, levures). Ce sont des cellules de l'épithélium buccal qui traduisent la sialorrhée ou la ptyalomanie que nous avons constatée à l'examen clinique.

L'examen radioscopique nous a montré comme chez la malade de l'observation I une volumineuse poche à air, un estomac ptosé, présentant de nombreuses contractions et une petite quantité de liquide résiduel.

Conclusion. — **Vomissements chez une femme enceinte névropathique. Augmentation de l'HCl libre et combiné. Ptyalisme. Gastrosucchorée.**

OBSERVATION III

Berthe M..., secondipare, vingt-deux-ans, entrée à la Clinique Baudelocque le 10 octobre.

La première grossesse s'est terminée par un accouchement normal à terme. L'enfant est mort athreptique à six semaines. Pendant la grossesse qui remonte à deux ans, on a relevé à la fin un peu d'albumine.

Pour ce qui est de la grossesse actuelle, les dernières règles sont du 8 août 1919 et les vomissements sont apparus dès la fin d'août. D'abord espacés, ils sont devenus de plus en plus rapprochés. La malade ressent d'abord une violente douleur à l'épigastre ; elle est prise de nausées extrémement pénibles, elle fait des efforts prolongés et rejette le matin à jeun un demi-verre de liquide glaireux comme au cours des pituites ; la moindre alimentation amène un rejet presque immédiat ; les purées et les panades épaisses sont un peu mieux tolérées, mais rejetés presque intégralement néanmoins. La région épigastrique, le rebord des côtes sont douloureux à la palpation et spontanément au cours des efforts de vomissements.

La malade, qui pesait à son entrée 57 kilos 500, dit avoir maigri de 12 kilos en six semaines. Son poids normal physiologique serait de 69 à 70 kilos. Le pouls est à 95 ; la tension artérielle à l'oscillomètre de Pachon est de 12-8. La température est normale.

La malade, éminemment nerveuse, grand amateur de café, refuse toute nourriture puisqu' « *elle doit vomir* ».

Au point de vue gastrique elle raconte qu'elle vomissait

souvent avant d'être enceinte et principalement au moment de ses règles, qu'elle souffre fréquemment de l'estomac et que la douleur à point de départ epigastrique irradierait dans le dos. Elle aurait même vomi du sang à dix-huit ans. Il y a lieu de faire les plus grandes réserves à ce sujet ; la malade est imaginative et aime beaucoup qu'on s'intéresse à elle. Elle n'a d'ailleurs jamais consulté pour des troubles d'estomac avant d'être enceinte.

On gagne aisément sa confiance en lui persuadant qu'elle a au niveau de l'estomac une lésion éminemment curable qui cèdera au premier lavage de l'estomac.

Elle se laisse tuber facilement le 15 octobre et l'analyse donne les résultats suivants :

1° Chimisme

	pour 1.000
HCl libre	1 gr. 15
HCl combiné	2 gr. 80
Acide de fermentation	néant
Acidité totale	3 gr. 15

2° Examen cytologique

On trouve des cellules pavimenteuses de l'œsophage et de la bouche, indice de la ptyalomanie, quelques globules rouges et des polynucléaires.

Cette formule correspond à ce que MM. Lœper et Binet ont décrit sous le nom de *gastrite atténuée diapédétique et congestive*.

3° L'examen aux rayons X montre une forte poche à air ; la voûte diaphragmatique gauche, normalement plus basse

que la droite, est tellement surélevée qu'on voit en position oblique une poche à air nettement rétrocardiaque.

La malade guérit rapidement sous l'influence de l'isolement absolu, d'applications de collodion au bleu de méthylène, d'injections d'extrait de corps jaune.

Nous-même, après le tubage dont on lui a vanté les effets thérapeutiques, lui avons fait donner des repas fractionnés et fréquents et dans l'intervalle un des paquets suivants :

Bicarbonate de soude.....
Craie préparée..... } *ãã* 1 gr.

Pour 1 paquet.

La malade cesse rapidement de vomir et reprend le poids qu'elle a perdu. Elle sort de l'hôpital le 25 octobre.

Conclusion. — Névropathe intoxiquée par le café, qui présente une gastrite atténuée et vomit pendant sa grossesse.

TRAITEMENT

Nous le concevons très varié, très polymorphe comme la pathogénie elle-même, et nous ne dirons pas avec M. Anderodias qu'« il est inutile d'imposer à la malade un régime sévère et qu'il faut laisser les malades libres de choisir elles-mêmes les mets et les boissons qu'elles préfèrent ». Avec Pinard nous mettons les malades au régime lacto-végétarien d'abord, puis si aucune amélioration ne se produit, au régime lacté absolu Le lait sera donné chaud ou froid ou même glacé, coupé ou non avec de l'eau minérale faible. La malade se lavera la bouche à l'eau de Vichy après chaque prise de lait.

On donnera de temps en temps un purgatif huileux de préférence s'il est supporté, dans le cas contraire du calomel ou un purgatif salin. Bonnaire, à titre de désintoxication, multipliait les purgatifs. Cette « méthode de superpurgation » qui a donné quelques résultats heureux a connu des déboires, car nombre de purgatifs ne sont pas tolérés. Dans ces cas Bonnaire ordonnait tous les jours un lavage intestinal de un litre d'eau bouillie tiéde à faible pression.

Bien souvent malheureusement le lait n'est pas mieux supporté que les autres aliments. On essaiera les laits modifiés industriellement en particulier le

lait hypersucré et homogénéisé. Si l'on n'a pas de résultat, on mettra la malade à la diète hydrique en administrant de l'eau bouillie aérée ou une eau minéral par petites quantités, à courts intervalles. Si elle est gardée, au bout de peu de temps on la teintera d'un peu de lait qu'on augmentera progressivement. Dans le cas contraire on supprime toute alimentation par la voie buccale de façon à laisser l'estomac au repos le plus absolu. Les injections sous-cutanées et les lavements de sérum artificiel combattront tant bien que mal la deshydratation. On injecte 300 à 400 grammes de sérum salé sous la peau, ce qui remonte la tension artérielle abaissée, et on donne trois à quatre litres du même sérum en lavements. On ajoute au lavement quelques gouttes de laudanum pour éviter l'intolérance rectale. Dès qu'on le peut on revient insensiblement à l'alimentation ordinaire.

Nous ne ferons que citer les lavements alimentaires qui sont en général mal supportés et expulsés trop rapidement.

A ce traitement par le régime nous adjoindrons le traitement médicamenteux, le traitement utérin, le traitement névropathique, le traitement opothérapique en veillant à employer l'un ou l'autre de ces moyens de guérison sans idée préconçue, convaincus qu'il y a des malades chez lesquelles ils agissent et bornant notre rôle à choisir celui qui, le tempérament de la malade étant connu, nous semble adéquat à la maladie.

Traitement médicamenteux. — On a à sa dispo-

sition toute la gamme des anti-émétiques : la belladone, le chloroforme, le chloral, l'opium, la morphine, les bromures, les sels de cerium ; les toniques de l'estomac : pepsine, bicarbonate de soude, menthol, cocaïne, teinture de noix vomique. Il n'est pas un de ces médicaments qui n'ait été employé avec quelques succès ; il serait donc injuste de les bannir en bloc. C'est au médecin de rechercher celui qui conviendra le mieux à sa malade.

Traitement utérin. — Dans des cas de rétroversion ou de rétroflexion de l'utérus gravide, il est tout indiqué de redresser l'organe et de le maintenir en place ; mais il faut bien le dire, c'est assez rarement que les vomissements reconnaissent pour cause un déplacement utérin et c'est en impressionnant l'élément nerveux que Graily Hevitt a dû guérir par ce procédé la plupart de ses malades. Nous ne voyons en tous cas que le résultat.

Il en est de même pour les ulcérations du col ; celles-ci seront cautérisées soit à l'iode, soit au chlorure de zinc, soit au fer rouge. Disons cependant qu'il faut être avares de procédés qui lèsent le col et nuisent à sa dilatation ultérieure.

Plus inoffensive et tout aussi active est la méthode de Copeman qui consiste à dilater le col avec une laminaire jusqu'à ce que ce dernier permette le passage du doigt. Ce résultat obtenu, le doigt s'engage dans le col et va décoller légèrement le pôle inférieur de l'œuf.

Traitement névropathique. — Les procédés sui-

vants dont le fondement est la suggestion doivent être appliqués avec une conviction entière. Mathieu insistait fréquemment sur ce point.

Les procédés à notre disposition dans cet ordre d'idées sont très nombreux. On peut y ranger l'électrothérapie qui a joui et jouit encore d'une certaine vogue et qu'on a employé soit par faradisation, soit par galvanisation du pneumogastrique. Il semble bien que seul agisse la suggestion, puisque M. Doléris a vu des guérisons avec des appareils qui... ne marchaient pas.

Le froid peut être employé de plusieurs façons : glace ou boissons glacées à l'intérieur, pulvérisation d'éther sur le creux épigastrique des malades avant l'ingestion des aliments, vessie de glace sur la colonne vertébrale.

Puis viennent les procédés névropathique purs : l'isolement absolu systématique de la malade de son milieu habituel ; le transfert à la campagne ; enfin et surtout la suggestion employée soit à l'état de veille soit à l'état d'hypnose, suggestion qu'on répètera au besoin plusieurs fois si après une séance la malade paraît améliorée.

Traitement opothérapique. — M. Devraigne se dit très satisfait de l'emploi des préparations de corps jaune. On donne des préparations de corps jaune de brebis en état de gestation ou l'un des nombreux produits spécialisés à base de corps jaune.

L'extrait de capsules surrénales semble indiqué

par l'hypotension qui est habituelle au cours des vomissements incoercibles.

Enfin le traitement idéal serait celui par le sérum de femme enceinte normale, mais il a donné peu de résultats sérieux.

Avortement provoqué. — Ce n'est qu'après avoir épuisé la gamme si riche et par cela même si incomplète encore des traitements que nous aurons recours à l'avortement provoqué. Celui-ci se pratique de plus en plus rarement, et sous la menace des événements. Avant de s'y résoudre il faut revoir les courbes de température, de pouls, examiner les urines au point de vue de l'albumine et des rapports urologiques, suivre l'évolution de la tension artérielle, l'abaissement du poids, et, toutes choses sérieusement pesées, on se résoudra à l'avortement.

L'avortement devra être fait chirurgicalement. Si on a affaire à une multipare, après une dilatation aux bougies de Hégar on procédera au curage digital. Si on a affaire à une primipare à col fermé on le dilatera la veille au moyen d'une laminaire.

Il est prudent de toujours s'adjoindre un confrère pour prendre la responsabilité de cette intervention.

L'utérus vidé, les vomissements cessent, mais la malade ne guérit pas forcément. On alimentera les malades très prudemment et on continuera les injections de sérum salé pendant trois semaines environ.

CONCLUSIONS

1° Les vomissements incoercibles de la grossesse ont une pathogénie complexe qu'il est impossible de ramener à un seul type ;

2° Il nous paraît fondamental d'envisager d'une part l'élément terrain avec ses débilités nerveuses ou gastrique et d'autre part l'élément gravidité auteur du réflexe et de la toxémie ;

3° L'examen du fonctionnement gastrique doit être pratiqué méthodiquement dans tous les cas. Outre qu'il permet d'éliminer des causes banales de vomissements comme le cancer ou l'ulcère, il permet en les décélant de traiter des lésions atténuées qui passeraient inaperçues si on ne les recherchait attentivement par les méthodes du laboratoire, en particulier par l'étude du chimisme, par le cytodiagnostic et la radioscopie, et qui risqueraient d'entretenir et de compliquer singulièrement des vomissements incoercibles.

Le Président de la thèse
DE LAPERSONNE

Le Doyen :
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Achard. — Vomissements graves de la grossesse (Semaine médicale, 6 mars 1901).

Ader. — The Vomiting of Pregnancy (Med. et Surg. J., déc. 1918, Saint-Louis).

Ahlfeld. — Centralbladt f. Gynéc., 1891, n° 17.

Anderodias. — Les vomissements incoercibles de la grossesse (J. Méd. français, 15 janv. 1912).

Assis Nepomuceno. — Sero diagnostic da prenhez. Thèse de Rio de Janeiro, nov. 1911.

Audebert. — Du Traitement utérin des vomissements incoercibles de la grossesse (Soc. Obstétricale de France 1899).

Austin. — On the iso-serum treatment of the incoercible vomiting of Pregnancy (Med. Rec. N.-Y., 1914).

Baisch. — Berlin. Klin. Wochensch., 1907, n° 11.

Bar, Brindeau, Chambrelent. — La pratique de l'art des accouchements.

Barnett. — A treatment of the nausea of pregnancy (J. Med. Ass. Georgia Augusta, 1917).

Baudouin. — Thèse de Paris, 1912.

Beloux. — Thèse de Paris, 1913.

Bondy. — Zur Lehre von der Hyperemesis gravidarum (Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynaeck. Berlin, 1914).

Bonnamour. — Vom. inc. de la grossesse traités et guéris par inj. sérum glycosé (Lyon médical, 1914).

Bossy. — Journal d'accouchement. Liège, 14 janvier 1906.

Cary. — The use of dessicated placenta (Surgery. Gynec. et Obst. Chicago, 1917).

Champetier de Ribes. — Soc. méd. des Hôpitaux, 8 mars 1905.

— Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 4 juillet 1895, 16 avril 1896.

Congrès des gynécologues et des accoucheurs de langue française. — Bruxelles, septembre 1919.

Condamin. — Traitement des vomissements incoercibles (Lyon médical, 1902).

Codovil Pinto Coelho. — Sero diagnostic da gravidez. Thèse de Rio de Janeiro, 1911.

Coesar (W.-J.). — Vomiting of Pregnancy (Med. Rec. N.-Y, 1917).

Cohnstein. — Zur Behandlung der Hyperemesis gravidarum (Centr. f. Gynec., 1891, n° 36).

Cornwall. — Acid. auto intoxication accompanying hyperemesis of. Pregnancy, 1915.

Coze. — Thèse de Lyon, 1903.

Cummins. — The use of corpora lutea. Southwest Med. El Paso, 1917.

Curtiss. — Vom. of. Preg. treated by injection of blood of normal pregnant women (J. Ann. M. Ass. Chicago, 1914).

Czyzewiez. — Abnormal vom. of. Preg., and present day view of the matter. Lwow tygodn. lek. 1913.

Dantin. — Sérothérapie dans les vom. graves de la gr. et les dermatoses gravidotoxiques. Thèse Bordeaux, 1913.

Delagenière. — Vom. incoerc. de la gross. et appendicite (Arch. méd. d'Angers, 1915).

Delestre. — Recherches sur le follic. de Graaf et le corps jaune (J. de l'Anat. et de la Physiol., juin 1910).

De Udata. — La patogenia y el tratamento de los vomitos incoercibles del embarazo (Rev. de med. y. cirug. pract., Madrid 1914).

Devraigne. — Soc. Obstetric. de France, octobre 1908.

Dirmoser. — Hyperemesis gravidarum (Wiener Mediz. Wochensch., 20 février 1897).

Doleris. — Soc. d'Obstét. et de Gyn. Paris, 9 janvier 1890 ; 16 avril 1896 ; 10 janvier 1910.

Dubrisay et Jeannin. — Précis d'accouchement.

Dubrisay. — Deux cas de V. I. de la G. traités par l'avortement provoqué (Rev. mens. de Gyn., d'Obstét. et de Pédiâtrie. Paris, 1913).

Engelmann. — Centralblatt, 1886, n° 25.

Fabre et Bonnet. — Soc. d'Obst. de Paris et Réunion obst. de Lyon, 15 janvier 1908.

Fieux. — Congrès national de Gyn., d'Obst. et de Pédiâtrie. Toulouse, sept. 1910.

— Contrib. à l'étude de la Sérothérapie dans les vom. graves de la grossesse (Soc. obstétric. de France, XV^e^ session, octobre 1912).

Fieux et Mauriac. — De la possibilité d'une toxémie villeuse dans les premiers mois de la Gestation (Annales de Gyn. et d'Obstétrique, février 1910).

— Nouvelles recherches sur la présence des anticorps choriovilleux de la femme enceinte dans les premiers mois (Ann. de Gyn. et d'Obstét., mai 1902).

Fieux et Dantin. — Vom. graves de la grossesse et sérum de femme enceinte des premiers mois (Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris, janvier 1912 ; et Annales de Gyn. et d'Obst., mars 1912).

— Contribution à l'emploi du sérum de femme enceinte des premiers mois dans la thérapeutique des vom. graves de la grossesse.

Flaischlea. — Soc. Gyn. de Berlin, 14 mars 1890.

Faugère. — De l'avortement spontané au cours des V. I. de la Gr. traités par la sérothérapie (Bull. de la Soc. d'Obstét. et de Gyn. de Paris, 1914).

Fraipont. — Soc. médico-chirurgicale de Liège, 1886.

Garnett. — A new method of treating (J. Obst. N.-Y., 1917).

Grailly Hewitt. — Soc. Gyn. Americ., sep. 1888.

Gray. — Treatment of the v. of Preg. by the duodenal tube. (Richmond, 1916).

Grosse. — Les idées nouvelles sur la pathogénie et le trai-

tement des V. I. de la Gr. (Gaz. méd. de Nantes. 1914, deuxième semestre).

Greslon. — Soc. d'Obstét. et de Gyn. de Paris, juillet 1897.

Hannah. — Cause and treatment (Texas state. J. M. Fort Worth., 1917).

Hirst. — Intramuscular injections of corpus luteum extract. (M. J. Saint-Louis, 1917).

— Corpus luteum extract. in the nausea of pregnancy (M. J. Saint-Louis, 1916).

Kaltenbach. — Uber Hyperemesis gravidarum (Zeitsch. f. Geb. und Gyn., 1891).

Klein. — Zeitsh. f. Geb. und Gyn., 1898.

Kliatschkina (M.). — Soc. acc. et gyn. de Kieff, octobre et nov. 1893.

Laborderie. — Un cas de vom. inc. traité et guéri par le traitement électrique (Rev. gén. de Clinique et de Thérapeutique. Paris, 1915).

Labusquière. — Ann. de Gyn. et d'Obstét. (Rev. gén. sur les vom. de la Gr., 1898 .

Lacourbas. — Vomissements incoercibles traités par l'extrait de corps jaune. Thèse de Paris, 1919.

Lamy. — Paris-médical, 13 avril 1889.

La Torre. — Una causa dei vomiti gravidici non aucora rilevata (Clin. ostet. Roma, 1914).

Le Lorier. — Trait. des V. I. de la Gr. par le sérum de femme enceinte normale (Communication à l'Acad. de Méd., 25 juillet 1911).

— Uro-diagnostic et uro-pronostic des vom. graves de la gross. (Soc. d'Obstét. et de Gynéc. de Paris, avril 1912).

Lepage. — Soc. d'Obst et de Gynéc. de Paris, 14 oct. 1907.

— Deux cas de vom. graves de la Gr. (Ann. de Gyn. et d'Obstét. Paris, 1913).

Lequeux. — Recherches sur le pouvoir glycolytique chez la femme enceinte atteinte de vom. incoercibles.

Levi. — Osservazioni sulla emoterapia dell'iperemesi gravida (Ginecol. mod. Genova, 1915).

Lewis. — Med. Record, mars 1887.

Luez. — Thèse de Paris 1893.

Loviot. — Soc. d'Obstét. et de Gyn. de Paris, janvier, février, mars et avril 1894.

Lynch. — The treatment of pernicious vomiting of pregnancy (Grand. rapids, 1914).

Marchionneschi. — Sull'extractum surrenalium totale Est del Prof Zanfrognini.

Magalhaes. — Arch. Brasileiros de Medicina. Rio de Janeiro oct. 1911.

Mc. Neil. — Pernicious vomiting without acidosis associa ted with a disturbance of the ammonia urea quotient of the blood (J. Lab et Clin. M. Saint-Louis) 1917).

Meillère. — Soc. de Biologie, 18 oct. 1902.

Mérédith. — Bristol med. Chirurg. Journal, juin 1886.

Mettay. — Thèse de Paris, 1903.

Mettler. — Journal of Americ. Medic. Assoc., février 1912.

Mosbacher. — Synzytiotoxin. Epiphaninreaktion (Deutsche med. Wochensch., juin 1911).

Newman. — Hyperemesis gravidarum (N. Orl. M. et Surg. J., 1913-1914).

Oui. — Sérothérapie des vomissements de la grossesse (Clinique, 1914).

Palmès. — Patogenesis del vomits incoercibles i llur traetment racional (An. Acad. J. lab. de cien. med. de Cataluna. Baral, 1914).

Pelissier. — De la tension artérielle, de la viscosité du sang total et de leurs rapports chez la femme enceinte atteinte de vomissements et de cardiopathie (Arch. mensuelles d'Obstét. et de Gyn. Paris, 1915).

Perrilliat. — Thèse 1909.

Peixoto. — Do tratamenta de vomito grave da prenhez (Arch. brasil. de med. Rio de Janeiro, 1916).

Pierrhugues. — Thèse de Paris, 1902.

Pinard. — Ann. de Gyn. et d'Obstét., 1880-1891-1899.

— Esquisse des progrès réalisés en obstétrique pendant le XIX^e^ siècle (Ann. de Gyn. et d'Obst., 1900).

— Congrès international de Gyn. et d'Obstét. Rome, 1902.

— Des vomissements de la Gestation (Bull. de l'Acad. de médecine, 26 avril 1910).

— Annales de Gynéc. et d'Obstét., juillet et août 1909.

— Revue politique d'Obstét. et de Pédiâtrie, août 1909.

Plicques. — Les vom. nic. de la Gr. et leur traitement (Bull. méd. de Paris, 1914).

Potocki. — Soc. d'Obstét., de Gyn. et de Pédiâtrie, août 1909.

Quintella Arnaldo. — Séro-diagnostic de la Grossesse (Ann. de Gyn. et d'Obstét. de Rio de Janeiro, juillet 1912).

Regnault (J.). — Opothérapie surrénale dans les vomissements de la Grossesse (Académie des Sciences, 22 mai 1911).

Rouillier. — Modifications de quelques éléments de l'urine chez les femmes enceintes. Thèse de Paris, 1913.

Ribemont, Dessaignes et Lepage. — Précis d'obstétrique.

Rosenthal (Eugène). — Sérum diagnostic der Schwangerschaft (Zeitsch. f. Klin. Medizin, vol. LXXII, fasc. 4 et 5).

Remy. — Vom. inc. Mort de l'embryon. Cessation des vom. (Bull. de la Soc. d'Obstét. et de Gynéc. de Paris, 1913).

Ruiz. — Necessitad Sentida del analisis del quimismo gastrico durante el naso de algumos embarazos (Rev. Ibero. Am. de cien med. Madrid, 1913).

Ryhiner. — Uber Hyperemesis gravidarum. Basel, 1913.

Sakaki. — Adrenaline gegen das unstillbare (Schwangerschaftserbuchen. Berlin, 1913-14).

Schirokauer; — Der Verhalten des diastatischen und Antitriptischen Ferments in der Schwangerschaft (Arch. f. Gyn., vol. XCI).

Seba. — Etiologie factors in the vomiting and measures to relieve it (J. Missouri. Saint-Louis, 1916),

Silva (De). — Vomitos gravidos incoerciveis ; aborto obstetrics e melhora ; recidiva e morte (Rio de Janeiro, 1915).

Severac Raitiss (M.). — Thèse de Paris, 1907.

Sergent. — L'insuffisance surrénale en chirurgie et en obstétrique (J. de Méd. et de Chir. pratique, 10 sept. 1912 .

Sergent et Lian. — Du rôle de l'insuffisance surrénale dans les vomissements incoercibles de la grossesse (Presse médicale, 11 déc. 1902).

Schmith. — Soc, obstét. et gyn. de Washington, 4 déc. 1885.

Soli. — Sul trettamento deivomiti della gravidanza con spe-

ciali preparati surrenali (Rassegna d'ost. e ginec. Napoli, 1917).

Spiès. — Vomissements graves de la Gr. et Sérothérapie (Clinique. Bruxelles, 1914).

Steinborn. — Das unstillbare erbrechen der schwangeren und sein behandlung mit serum. Strasburg, 1916.

Stolper. — Zur œtiologie und Diagnose der Hyperemesis gravidarum (Gyn. Rundschau. Berlin und Wien, 1914).

Thibault. — Accidents produits par l'adrénaline employée dans les V. I. de la Gr. (Soc. medico-chirurg de l'Indochine. Hanoï et Haïfong, 1913).

Turenne. — IIe Congrès médical latino-americain. Buenos-Ayres, avril 1904.

Vayssière. — Déviation du complément et Grossesse Thèse de Montpellier, 1912.

Viannay. — Un cas de V. I. de la Gr. traité par la transfusion directe du sang de femme enceinte (J. de médecine de Paris, 1913).

Villemin. — Le corps jaune considèré comme glande à sécrétion interne. Thèse de Lyon, 1908.

Voron. — Un cas de V. I. de la Gr. suivi de mort. Réflexions (Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, 1914).

Wallich. — Vom. inc. de la Grossesse (Ann. de Gyn. et d'Obst., 1909).

Withridge Williams. — Americ. Gynec. Societe, 1905.

Zoppi,. — Sulle reazione de Gerhardt nei vomit incoercibili (Rassegna d'Obt e ginec. Napoli, 1903).

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine. Paris — 4354-19

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 M